

REPORTE TRIMESTRAL
Para Asistencia Monetaria y Estampillas para Comida

STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE

COMPLETE, FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO ANTES DEL DÍA 5 DEL MES POSTERIOR AL REPORTE MENSUAL

(Código de Barra)

NOMBRE DEL CASO:
 NÚMERO DEL CASO:
 ARCHIVO/NÚMERO DE UNIDAD:
 TELÉFONO DEL TRABAJADOR:

¿NECESITA AYUDA? LLAME A SU TRABAJADOR

ENVÍELO POR CORREO A LA DIRECCIÓN:

DESTINATARIO:

- ✓ **Usted debe reportar todo el ingreso recibido en el Reporte Mensual de _____, a más tardar el día 5 del siguiente mes.**
- ✓ Si no envía completo su reporte QR 7, incluyendo, pero sin limitarse a contestar todas las preguntas y adjuntando las pruebas necesarias cuando estas sean requeridas, sus beneficios podrían atrasarse, cambiarse o suspenderse. **Adjunte una hoja de papel si fuera necesario.** La información que reporte podría causar que sus beneficios aumenten, disminuyan o se suspendan.
- ✓ Para CalWORKs y Estampillas para Comida, usted debe notificar al condado dentro de un período de **10 días** de algún cambio que pudiera afectar su elegibilidad o el monto de sus beneficios. **Esto incluye llamar a su Trabajador cuando su ingreso aumente en cualquier momento durante el trimestre \$ _____ para su tamaño AU de _____. Para GR, usted debe reportar sus cambios dentro de 5 días.**
- ✓ Si usted recibe estampillas para comida, conteste por parte de todas las personas en su hogar. Si no recibe estampillas para comida, conteste por todas las personas en su hogar que reciben ayuda en efectivo, incluyendo a los niños, padres, padrastro/madrastra, su cónyuge o cualquier persona temporalmente ausente en el hogar.

Petición de cancelación de Beneficios (Si llena esta sección, firme y feche el reverso de este formulario. Puede volver a solicitar en cualquier momento.)

Solicito que mi: Ayuda en efectivo Estampillas para Comida Medi-Cal CMSP Estatal sea cancelada el último día de: _____ (MES/AÑO)

Parte 1: ¿Qué aconteció EN el mes a reportar?

1. ¿Alguien recibió algún ingreso de un trabajo o programa de capacitación o de cualquier otra fuente? SÍ NO
 Si contestó "Sí", enliste todos los ingresos a continuación y adjunte los talones de cheques o cualquier otra prueba.

¿Quién recibió el ingreso?	Fuente	Ingreso en bruto	\$	\$	\$	\$	\$
		Fecha en que fue recibido					
		No. de horas trabajadas o en capacitación					

¿Quién recibió el ingreso?	Fuente	Ingreso en bruto	\$	\$	\$	\$	\$
		Fecha en que fue recibido					
		No. de horas trabajadas o en capacitación					

2. ¿Alguien pagó por el cuidado de un menor, una persona discapacitada, u otro dependiente mientras trabajaba, buscaba trabajo, o atendía a la escuela o capacitación? SÍ NO
 Si contestó "Sí", enliste todos los costos a continuación y adjunte las pruebas de éstos.

Nombre de la persona que recibió el cuidado	\$Costo	Nombre de la persona que recibió el cuidado	\$Costo

3. ¿Alguna persona que reciba Estampillas para Comida paga manutención de menores o de cónyuge, por orden de la corte? SÍ NO
 Si contestó "Sí", anote la cantidad pagada y adjunte las pruebas necesarias.

Nombre de la persona que pagó la manutención	\$Costo	Nombre de la persona que pagó la manutención	\$Costo

Parte 2: ¿Qué ha acontecido DESDE su último Reporte Trimestral?

4. ¿Alguien se mudó dentro o fuera de su hogar, o alguien se mudó con alguien más? SÍ NO
 Si contestó "Sí", llene la siguiente sección.

Nombre completo de la persona	Su relación con usted	Explique qué sucedió	Fecha del cambio

5. ¿Alguien compró, obtuvo, vendió, o regaló alguna propiedad? SÍ NO

¿Quién posee o se deshizo de la propiedad?	Tipo de propiedad	Valor \$

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONDADO

Iniciales del trabajador(a):

CAMBIOS ()

SIN CAMBIOS ()

Fecha:

REPORTE FRAUDE DE BIENESTAR SOCIAL
 LLAMANDO AL (800) 349-9970
 "SU IDENTIDAD SERÁ CONFIDENCIAL"

6. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por un delito grave relacionado con las drogas, como la posesión, el uso o la distribución de sustancia(s) controlada(s), o alguien está evadiendo o huyendo de la ley para evitar cualquier juicio por delito mayor, detención, o reclusión después de una condena, o alguien está violando su libertad condicional? SÍ NO
 Si la condena fue por un delito grave relacionado con las drogas, proporcione la fecha de la condena. Si contestó "Sí", ¿quién?
 Fecha de la condena _____

7. ¿Alguna de las siguientes situaciones se ha suscitado en su hogar? SÍ NO
 Si contestó "Sí", enliste a continuación y adjunte las pruebas necesarias. De ser necesario, use una hoja de papel.

- ¿Se casó, divorció o separó?
- ¿Se embarazó, tuvo un bebé, abortó voluntaria o involuntariamente?
- ¿Se encuentra discapacitado(a) o recuperándose de una minusvalía o enfermedad grave?
- ¿Cambió su estatus de ciudadanía o migratorio, u obtuvo una nueva tarjeta, formulario o carta por parte del USCIS?
- ¿Inició, canceló, o cambiaron sus beneficios de seguro médico, dental, o de vida, incluyendo su cobertura de MEDICARE?
- Un estudiante de 16 años o menor empezó o dejó la escuela o la facultad. Usted podría solicitar los costos de matriculación, transporte escolar, etc.
- ¿Comenzó o dejó de trabajar, se rehusó a un trabajo o capacitación, el número de horas trabajadas o de capacitación aumentaron, disminuyeron, o se fueron a huelga?
- ¿Comenzó a recibir o canceló los Servicios de Apoyo Dentro del Hogar?
- **Para Ayuda en Efectivo únicamente:** ¿Algún niño o niños entre 6 y 17 años comenzó o dejó de atender a la escuela regularmente?

Nombre(s) de la(s) persona(s)	Su relación con usted	¿Qué sucedió?	Cantidad	Fecha del cambio
			\$	

Parte 3: ¿Qué cambios ESPERA durante los próximos tres meses? SÍ NO

8. ¿Espera algún cambio en sus ingresos o gastos (a excepción de los costos de vivienda y servicios públicos) en los próximos tres meses?
 Si contestó "Sí", enliste a continuación y adjunte las pruebas necesarias.

Nombre de la persona				

CAMBIO DE DIRECCIÓN Llene esta sección **SÓLO** si se ha mudado o si tiene una nueva dirección de correo.

NUEVA dirección del hogar Número	Ciudad	Estado	Código Postal	Nuevo teléfono ()
NUEVA dirección de correo (si es diferente a la dirección del hogar) Número	Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha en se mudó

¿Sus gastos de vivienda o de servicios públicos aumentaron o disminuyeron debido a este cambio? SÍ NO
 Explique: _____ Cantidad \$ _____

DECLARACIÓN

ENTIENDO QUE: Si conscientemente no reporto todos los datos requeridos o proporciono información incorrecta sobre mis ingresos, posesiones o estatus de familia para recibir o seguir obteniendo ayuda o beneficios, podría ser enjuiciado legalmente. Y podría ser acusado(a) de cometer un delito grave si se me pagan innecesariamente más de \$400 en Ayuda en Efectivo y/o en Estampillas para Comida, y/o CMSP Estatal. He recibido una copia de las instrucciones y las multas para el Reporte Trimestral de Elegibilidad/Estatus para Ayuda en Efectivo, Estampillas para Comida y CMSP Estatal.

MULTAS POR FRAUDE DE AYUDA EN EFECTIVO: Si adrede usted no sigue las reglas de Ayuda en Efectivo, su Ayuda en Efectivo podría disminuir por cierto periodo de tiempo y se le podría multar con hasta \$10,000 y/o ser enviado a prisión por un periodo de hasta 3 años.
 Su Ayuda en Efectivo podría ser suspendida:

- Si no reporta toda la información o da información incorrecta: 6 meses por la primera ofensa, 12 meses por la segunda ofensa, o permanente por la tercera ofensa.
- Si presenta una o más solicitudes para recibir ayuda en más de un caso dentro de un mismo periodo de tiempo: 2 años por el primer antecedente, 4 años por el segundo, y permanentemente por el tercer antecedente.
- Si hay antecedentes de fraude por delito grave para obtener ayuda: 2 años por robo de cantidades menores a \$2,000; 5 años por cantidades entre \$2,000 y \$4,999.99; y permanentemente por cantidades de \$5,000 o más.
- Permanentemente: Si proporciona al condado pruebas falsas de residencia con el propósito de recibir ayuda en dos o más estados al mismo tiempo; si ofrece al condado información incorrecta de un menor inelegible o de un menor que no exista; si recibe más de \$10,000 en efectivo por medio de fraude; si se le condena por tercera vez en un tribunal de justicia o en una audiencia administrativa por fraude.

MULTAS POR FRAUDE DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA: Si adrede no sigue las reglas de Estampillas para Comida, sus Estampillas para Comida podrían ser suspendidas por un periodo de 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda, y permanentemente por la tercera. Podría ser multado con hasta \$250,000 y/o ser enviado a prisión por 20 años.

- Si se le encuentra culpable en cualquier tribunal de justicia o en una audiencia administrativa debido a que:
- Intercambió o vendió las Estampillas para Comida por armas de fuego, municiones o explosivos, sus Estampillas para Comida podrían ser suspendidas permanentemente en la primera violación.
- Intercambió o vendió las Estampillas para Comida por sustancias controladas, sus Estampillas para Comida podrían ser suspendidas por un periodo de 24 meses en la primera violación y permanentemente en la segunda ocasión.
- Intercambió o vendió las Estampillas para Comida que tenían un valor de \$500 o más, sus Estampillas para Comida podrían ser suspendidas permanentemente.
- Proporcionó al condado falsa información sobre su identidad o de residencia para obtener Estampillas para Comida en más de un caso dentro de un mismo periodo de tiempo, sus Estampillas para Comida podrían ser suspendidas por un periodo de 10 años.

USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE REPORTE DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL REPORTE MENSUAL, O SERÁ CONSIDERADO INCOMPLETO.
 Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes de los Estados Unidos de Norteamérica y del Estado de California que la información proporcionada en este reporte es verdadera, correcta y completa en todo el reporte mensual.

QUIÉN DEBE FIRMAR: Para ayuda en efectivo: Usted, su cónyuge y el padre/la madre (de los niños beneficiarios) que vivan en el hogar.
 Para Estampillas para Comida: La cabeza de la familia, el miembro adulto de la familia, o el representante autorizado del hogar.
 Para CMSP: Usted, su cónyuge, o la persona que represente al beneficiario(a).

FIRMA O MARCA	FECHA	FIRMA O MARCA	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE U EL PADRE/LA MADRE DEL (LOS) MENOR(ES) BENEFICIARIO(S)	FECHA	FIRMA DEL CÓNYUGE U EL PADRE/LA MADRE DEL (LOS) MENOR(ES) BENEFICIARIO(S)	FECHA